O rozpoznaniu i leczeniu nieżytu zanikowego żołądka.

Podał

Dr. W. Jaworski

Docent uniwersytetu krakowskiego, lekarz zdrojowy w Karlsbadzie.

Przeważna część klinicystów uważała oddawna nieżyt żołądka jako chorobę polegającą na zmianach anatomicznych w błonie śluzowej, pociągających za sobą osłabienie chemizmu trawienia. Przypuszczano bowiem, że ma się do czynienia z niedostatecznem wydzielaniem kw. solnego i pepsyny. Z tego też powodu, za radą Leubego rozpoczęto na wielkie rozmiary stosować w terapii żołądka kw. solny i pepsynę. Ja również trzymałem się się od początku tego klinicznego pojęcia nieżytu. Aby jednak uwidocznić najważniejszy objaw kliniczny choroby tj. wydzielanie śluzu, nazywałem ją nieżytem śluzowym, dla odróżniania od bez porównania częściej napotykanego a z nadmiernem i trwałem wydzielaniem kw. solnego połączonego nieżytu kwaśnego. Podstawy anatomicznej nieżytu śluzowego, szukałem w narządzie gruczołowym błony śluzowej żołądka. Znane bowiem były w tym kierunku poszukiwania anatomiczne niektórych autorów. Edinger (Berl. klin. Woch. 1880 Nr. 9.) zauważył brak kw. solnego w zwyrodnieniu skrobiowatem naczyń błony śluzowej żołądka. Zaś Fenwik i niektórzy inni autorowie angielscy (Hirsch-Virchow. Jahresb. 1887 T. II.), następnie Quincke (Volkm. Samml. kl Vorträge Nr. 100) i Nothnagel (D. Arch. f. kl. Med. XXIV p. 353.) opisali zmiany w błonie śluzowej żołądka, które odpowiadają zanikowi gruczołów trawieńcowych. Stosunek tych zmian anatomicznych do zboczeń czynnościowych począł się wyjaśniać, gdy Benno-Lewy (tak w „Beitr. z. Anat. u. Phys v. Ziegler und Naunyn B. I. p. 201“ a później w „Berl. klin. Woch 1887 Nr. 4“) ogłosił trzy przypadki, a C. A. Ewald (Berl. klin. Woch 1886 Nr. 32) nie bardzo pewny, gdyż dopiero po 10 latach opisany jeden przypadek, w których za życia był brak kw. solnego podczas trawienia żołądkowego, a badanie pośmiertne wykazało zanik błony śluzowej żołądka. W tym też roku opisałem (Wien. med. Woch. 1886, Nr. 49—52) dwanaście przy-

padków, w których wykluczony był rak kaąd, żola na szczycie trawienia nie było wcale kw. solnego, w dwóch zaś okazał się nadto brak pepsyny. Przypadki te zebrałem w obraz chorobowy pod nazwą nieżytu śluzowego, którego objawy w powyższej pracy w następujący sposób scharakteryzowałem. „Błona śluzowa żołądka utraciła całkowicie siłę wydzielniczą kwasu prawdopodobnie bezpowrotnie, a wytwarzanie pepsyny po większej części, i żadnym środkiem do wydzielania kwasu jej pobudzić nie można. Żołądek bywa wypełniony małą ilością cieczy, mocno śluzowej, białawej, mętnawej, która oddziaływa zwykle alkalicznie, a po zakwaszeniu kw. solnym mąci się, i słabo lub wcale nie trawi. Mechanizm trawienia może przedstawiać tylko małe zboczenie. Pomimo upośledzenia chemizmu trawienia bywają pacyjenci zwykle dobrze odżywieni, i nie zawsze niedokrewni. Pokarmy w dostatecznej ilości wprowadzone, zostają wskutek czynności samych jelit należycie przetrawione i zużytkowane. Czułość błony śluzowej bywa znacznie obniżoną, tak że chorzy nieuskarzają się prawie na żadne dolegliwości ze strony żołądka. Niektórzy chorzy pragną kwasów. Jądra komórek wypocinowych znikają w zupełności z treści żołądkowej. Błona śluzowa kruszy się i krwawi łatwo przy sondowaniu. Przypuszczalną zmianą anatomiczną jest zanik całkowity elementów wydzielających kwas, a częściowy wydzielających pepsynę. Stan ten ze stanowiska klinicznego nazwać można *secretio mucosa catarrhalis* albo *catarrhus mucosus*, a towarzyszy on przeważnej części przypadków raka żołądkowego.

Podobnie zapatrując się, opisał Pacanowski (Medycyna 1887, Nr. 7.) przypadek trwałego braku kw. solnego i pepsyny, odnosząc te objawy do zaniku błony śluzowej żołądka. Również i Grundzach (Gazeta Lek. maj. 1887, i Berl. klin. Woch. 1887, Nr. 30) opisał 5 przypadków z brakiem kw. solnego tego samego rodzaju, co i w moich 12, dla których poleca zamiast oznaczenia tego stanu chorobowego nieżytem śluzowym, użyć nazwy *catarrhus atrophicus*. W tym samym numerze Berl. klin. Woch. widząc się przez Grundzacha wyprzedzonym, ogłasza Ewald jeszcze ośm swoich przypadków. W końcu podał Boas (Münch. med. Woch. 1887, Nr. 42) dwanaście przypadków, w których wydzielanie kw. solnego a częściowo i pepsyny było zniesione. Z tych podaje on u ośmiu istnienie *catarrhus mucosus*, a u czterech *catarrhus atrophicus*. Dla tego ostatniego zboczenia uważa on jako charakterystyczne objawy kliniczne następujące: *a*) Brak śluzu w żołądku czczym i w treści żołądkowej podczas trawienia. *b*) Brak wolnego kw. solnego. *c*) Brak pepsyny i fermentu ścinającego sernik. *d*) Z objawów podmiotowych zasługują na uwagę okresowo występujące bole w okolicy żołądka. Z tem zapatrywaniem Boasa

można się w zupełności zgodzić, a mianowicie, że brak samego tylko kw. solnego w treści żołądkowej należy uważać jako cechę nieżytu śluzowego, zaś brak jeszcze i pepsyny i fermentu ścinającego sernik, jako oznakę nieżytu zanikowego. Ma to bowiem prognostyczną wartość w tym kierunku, że jeżeli niedostaje wszystkich trzech czynników potrzebnych do trawienia, należy przypuszczać, że wszystkie elementa wydzielnicze gruczołów uległy zanikowi, a stan chorobowy jest nieuleczalny. Przy braku tylko kw. solnego a obecnosci pepsyny i fermentu scinającego sernik należy przypuścic, że narząd gruczołowy jest jeszcze częściowo utrzymany, albo znajduje się w stanie znużenia, a powrót do stanu czynnego nie jest jeszcze wykluczony.

Zachodzi jednak przy dzisiejszym sposobie badania trudność różniczkowania nieżytu zanikowego od nieżytu śluzowego. Dlatego należy innych środków rozpoznawczych w tym celu używać, niż to się obecnie dzieje. O nieobecności pepsyny i fermentu ścinającego sernik nie można jeszcze wnioskować z braku tychże w treści żołądkowej. Przekonałem się bowiem na osobach żywych, że wydzielanie pepsyny stoi pod wpływem kw. solnego (Münch. med. Woch. 1887. Nr. 33). U osób bowiem, u których zwykłemi środkami badania nie można było otrzymać treści trawiącej białko, po zakwaszeniu kw. solnym udawało się to zawsze, jeżeli wprowadzono wprzód do żołądka pewną ilość rozcieńczonego kw. solnego. To też od czasu, gdy używam kw. solnego do poszukiwania pepsyny w żołądku, nie trafiło mi się napotkać żołądka bez tego fermentu.

Badanie na pepsynę uskuteczniam w przypadkach, w których siła trawiąca treści żołądkowej jest wątpliwą, w ten sposób, że do żołądka czczego, wolnego od pokarmów, nalewam 200 ccm. $^1/_{20}$ normalnego HCl Po dwóch kwadransach wyciągam płyn ze żołądka, dopełniam przesącz dodatkiem kw. solnego rozcieńczonego aptecznego do kwasoty $^1/_{20}$ normalnego HCl. i rozcieńczam go $^1/_{20}$ normalnym HCl. w kilkunastu próbach tak długo, aż dopóki przestaje kawałeczki białka o ciężarze $1^1/_2$ cg. w przeciągu 24 godzin trawić. Im więcej należało treść żołądkową rozcieńczyć, aby przestała być trawiącą, tem większa ilość pepsyny została wyługowana ze żołądka.

Ponieważ nietylko pepsyna, ale według Schumberga (Virch. Arch. B. 97 p. 260) i ferment scinający sernik daje się ze żołądka martwego w największej ilości kw. solnym wyługować co zapewne i dla żołądka żywego będzie miało ważność, to łatwo pojąć, że większa część dotąd pod nazwą *cat. atrophicus* opisanych przypadków, badana zapomocą kw. solnego, wykazałaby zapewne obecność pepsyny i fermentu trawiącego sernik i z tego powodu uchodziłaby jako *catarrhus mucosus*, który sam dla siebie jest rzadką zmianą chorobową, lecz o wiele

częstszą, jak nieżyt zanikowy. Trzeba będzie przeto na przyszłość zawsze, chcąc rozróżnić nieżyt śluzowy od zanikowego, błonę śluzową żołądka kw. solnym ługować, aby z niej utajoną pepsynę i ferment ścinający białko wydzielić.

Rokowanie co do nieżytu śluzowego ze względu na żołądek, musi być uważane jako złe, choroba jednak na razie życiu nie zagraża, gdyż czynność trawienia żołądka obejmuje jelito, jeżeli tylko mechanizm żołądka prawidłowo się utrzymuje Należy jednak obawiać się, że zanik błony śluzowej żołądka przechodzić będzie na jelita, albo że sprzyjać będzie powstawaniu raka żołądka. Przeważna bowiem część znanych przypadków zaniku błony śluzowej żołądka, zdarzała się przy istnieniu raka żołądka.

Leczenie może być tu tylko symptomatyczne, podobne jak przy nieżycie śluzowym żołądka. Zauważałem, że najlepiej tego rodzaju chorym służy używanie pokarmów i napojów kwaskowatych, nieprzechodzących jednak łatwo we fermentacyję, a z leków kw. solny, i to w rozczynie wodnym przesyconym kw. węglowym, jak to z polecenia „Towarzystwa Lekarskiego“ w Krakowie wyrabia fabryka Rzący i Chmurskiego, pod nazwą „*Woda kwaśna burząca*“ słabsza i mocniejsza.